

# (郵送用) 診療(調剤)報酬にかかる質問票

質問年月日 令和      年      月      日 [ 医科・歯科・調剤・訪看 ]

いずれかに○を  
付してください

照会者	保険医療機関・保険薬局・ 訪問看護ステーションコード		
	保険医療機関・保険薬局・ 訪問看護ステーション名称		
	連絡先	電 話 番 号	(            )            —
		課または係名	
担当者氏名			

( 質問内容 )      [ 区分:            ]

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

※ 添付資料がある照会については、この質問票を使用し、質問事項の区分(例:A001等)および質問内容を記載のうえ、郵便により送付してください。  
 ※ 質問票には質問事項1つを記載し、質問が複数ある場合は、それぞれについて質問票を記載してください。

郵送先は次のとおりです

管 轄	事 務 所 名	所 在 地
青森県	東北厚生局 青森事務所	〒030-0801 青森市新町2-4-25 青森合同庁舎6階
岩手県	東北厚生局 岩手事務所	〒020-0024 盛岡市菜園1-12-18 盛岡菜園センタービル2階
宮城県	東北厚生局 指導監査課	〒980-8426 仙台市青葉区花京院1-1-20 花京院スクエア21階
秋田県	東北厚生局 秋田事務所	〒010-0951 秋田市山王7-1-4 秋田第二合同庁舎4階
山形県	東北厚生局 山形事務所	〒990-0041 山形市緑町2-15-3 山形第二地方合同庁舎1階
福島県	東北厚生局 福島事務所	〒960-8021 福島市霞町1-46 福島合同庁舎4階